

# Barbara Daniszewska

---

## Wpływ rodziny na kształtowanie sprawność fizycznej małego dziecka upośledzonego umysłowo

---

Pedagogika Rodziny 2/1, 152-160

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Barbara Daniszewska  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Wpływ rodziny na kształtowanie sprawności fizycznej małego dziecka upośledzonego umysłowo**

### **Streszczenie**

Pojawienie się na świecie dziecka z upośledzeniem umysłowym to wyzwanie do działania. Posiadanie dziecka upośledzonego wymaga natychmiastowego dostosowania szeregu wymogów praktycznych, pomagających w przystosowaniu się do sytuacji, a stanowiących motywację do dalszej walki z własnym smutkiem, dla dobra dziecka. Pokochać dziecko niepełnosprawne to pozwolić mu się rozwijać, akceptować je i pomagać, współpracować ze specjalistami kierującymi procesem rewalidacji, bo rodzice są najważniejsi w tym działaniu.

**Słowa kluczowe:** *dziecko niepełnosprawne, upośledzenie umysłowe, stymulacja psychoruchowa.*

## **Family Influence on Creating Physical Effectiveness of Small Child with Mental Disability**

### **Summary**

Appearance of child with mental disability is a request to react. Having mental disabled child requires immediate changes of many practical demands, helping in adaptation to situations, but also is a motivation for fighting with own sadness for child's weal. Loving handicap child is letting it to develop, accepting it and helping, cooperating with revalidation specialists, because parents are most important in this operation.

**Keywords:** *handicap child, mental disability, psychophysical stimulation.*

*„Każdy moment w życiu zawiera w sobie jakąś okazję.  
Umiejętnością jest ją dostrzec” – Galileusz*

Pojawienie się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego to zawsze olbrzymie obciążenie psychiczne, które prowadzi do kryzysu urazowego (ang. basic trauma), określanego przez psychologów kryzysem niespodziewanym, przekraczającym siły człowieka, takim z którym ciężko poradzić sobie samemu. Pojawia się tu problem „wstydu społecznego”, „utruty twarzy”, ponieważ nie spełniamy oczekiwań grupy oraz nie spełniamy oczekiwań danej kultury. Dalsze zachowania jednostki uwarunkowane są ogólną sytuacją społeczną rodziny, reakcją otoczenia, poznawczą i emocjonalną psychiką matki. Brak akceptacji i krytyka pogłębia uraz podstawowy, co sprawia, że przystosowanie się do nowej sytuacji jest jeszcze trudniejsze.

Cullberg wyróżnia fazy kryzysu po ujawnieniu niepełnosprawności nowo narodzonego dziecka, faza szoku, faza reakcji, faza adaptacji i nowego ukierunkowania się do dalszego życia. Przestrzeń czasowa tych faz jest różna i zależy od indywidualnych predyspozycji matki oraz reakcji i zachowań otoczenia.

Posiadanie dziecka upośledzonego wymaga natychmiastowego dostosowania szeregu wymogów praktycznych, pomagających w przystosowaniu się do sytuacji, a stanowiących motywację do dalszej walki z własnym smutkiem dla dobra dziecka.

Opóźnienie w rozwoju umysłowym to stan, który na przestrzeni lat, do dnia dzisiejszego, różnie jest klasyfikowany i rozpoznawany. Charakteryzuje się przede wszystkim brakiem spójności rozwojowej między wiekiem metrykalnym a aktualnym wiekiem rozwojowym. Najczęściej są to obszary zdolności funkcjonowania w normach społecznych, ogólnie przyjętych, brak możliwości edukacyjnych na poziomie szkoły powszechnej, trudności w komunikowaniu się, niedorozwój zdolności abstrakcyjnych oraz twórczych, często również odtwórczych.

Na przyjście na świat dziecka upośledzonego nikt nigdy nie jest przygotowany. Rodzice natomiast nie mogą sobie pozwolić na cierpienie i stratę czasu. Kochają swoje dziecko, potrzebują więc akceptacji dla siebie i swoich poczynań.

Planując opiekę nad upośledzonym dzieckiem, trzeba poszukać pomocy specjalistycznej, aby zostać ukierunkowanym i popelniać jak najmniej błędów. Rodzice są najlepszymi opiekunami, tak samo jak w przypadku procesu rozwojowego dziecka zdrowego, potrzebują doradcy, często potrze-

bują pomocy również dla siebie, boją się, oczekują „cudów” a tu normalna, żmudna, codzienna praca, która nie toleruje „zwolnień lekarskich”.

Dziecko pragnie się kochać takim, jakim jest, rodzice chcą przede wszystkim, akceptacji dla swoich sprzecznych uczuć. Prawie zawsze trzeba im w tym pomóc.

Należy zróżnicować charakter oddziaływań skierowanych na dziecko o niepełnosprawności fizycznej oraz intelektualnej, jak i zawsze należy uwzględnić wiek dziecka.

Pewne procesy w strukturach korowych powstają jako składowa ciągu zdarzeń i oddziaływań środowiskowych, jak i wychowawczych oraz emocjonalnych. W sytuacji, gdy minie już wiek, w którym te struktury w mózgu powinny się kształtować, ich odtworzenie jest tylko mniej lub więcej fragmentaryczne [Żelazkiewicz, 1980].

Dlatego wdrażanie w proces prawidłowego rozwoju fizycznego powinien być jak najwcześniejszy. Rodzice nie podoleją wyzwaniu, mogą wtedy skorzystać z pomocy specjalistów. Wsparcie terapeutyczne wyjaśnia wątpliwości, ukierunkowuje działanie, utwierdza w słuszności postępowania.

Planując opiekę nad upośledzonym dzieckiem, niezmiernie ważnym problemem jest bardzo poważne traktowanie relacji pomiędzy rodzicami. 70% małżeństw ulega rozpadowi i ciężar wychowawczy spoczywa na matce.

Ważne jest, aby opiekunowie dziecka z deficytem intelektualnym kontaktowali się z jak największą liczbą specjalistów z różnych dziedzin, nie tylko pediatrą, ale logopedą, pedagogiem specjalnym, psychologiem, fizjoterapeutą.

Współcześnie metodę stymulacji rozwojowe dziecka z deficytami nazywamy kinezylogią edukacyjną. Jest to metoda terapii zaburzeń opracowana przez dra Paula E. Dennisona. Określana jest ona mianem „gimnastyki mózgu”, według jej twórcy i zwolenników, skutecznie uczy i pokazuje w praktyce możliwości wykorzystania naturalnego ruchu fizycznego, niezbędnego do organizowania pracy mózgu i ciała w celu zachowania etapowości rozwojowej, wzorowanej na rozwoju ruchowym zdrowego, prawidłowo rozwijającego się dziecka. Jest metodą wspierania naturalnego rozwoju człowieka, bez względu na jego wiek, poprzez różne specjalistyczne ćwiczenia ruchowe.

Podstawy teoretyczne metody, według twórcy, są związane z funkcjami ludzkiego mózgu w trzech wymiarach: lateralności (*laterality*), skupienia (*focus*) i ześrodkowania (*centering*).

Celem metod kinezylogicznych w stymulacji dziecka chorego umysłowo jest: – aktywizacja mechanizmów naturalnego rozwoju, – wykorzystanie naturalnych możliwości uczenia się, naturalnych koordynacji i nawyków, – integracja funkcji półkul mózgowych, – integracja funkcji poziomów rozwoju mózgu, – rozwój ruchowy, emocjonalny i intelektualny.

W rozumieniu edukacji nie ma ludzi niezdolnych, są tylko tacy, którym trzeba stworzyć odpowiednie warunki do lepszego rozwoju. Mózg, aby działać, potrzebuje bodźców, dostarczają ich zmysły jest to ich wkład w zdobywanie wiedzy o świecie.

Po urodzeniu dziecko wkracza w nieprzyjazny świat, w którym pierwszy raz nie są zaspakajane jego podstawowe potrzeby w sposób ciągły. Samodzielnie musi oddychać i pobierać pokarm. Natura wyposażyla człowieka jednak w mechanizmy, które pozwalają mu przetrwać, są nimi pierwotne, automatyczne i stereotypowe reakcje odbywające się bez udziału kory mózgowej. Są to odruchy aktywne przez pewien czas, aby umożliwić dziecku przetrwanie. Po upływie kilku miesięcy powinny wygasnąć lub przejść pod kontrolę wyższych ośrodków nerwowych, aby umożliwić rozwój bardziej złożonych i kontrolowanych reakcji. Jeżeli odruchy te pozostają aktywne powyżej 6–12 miesięcy życia mówi się o zakłóceniu w kształtowaniu się układu nerwowego lub też o jego niedojrzałości. Przedłużająca się aktywność pierwotnych odruchów może spowodować występowanie i dominację zachowań niedojrzałych oraz trudności w nabywaniu nowych umiejętności. W ten sposób, między innymi, diagnozuje się rozwój różny od prawidłowego.

Wyższy stopień nieprawidłowości w integracji odruchów może powodować zaburzenia funkcjonowania o większym zasięgu. Może objąć koordynację mięśni małej lub dużej motoryki, percepcję zmysłową, kanały komunikacji. Analiza odruchów występujących u dziecka umożliwia nam znalezienie źródeł problemów oraz zastosowanie form skutecznej terapii. Wygaszenie nieprawidłowego odruchu wiąże się bowiem ze zdobyciem nowej umiejętności. Program integracji odruchów zbudowany jest z ćwiczeń fizycznych, które umożliwiają diagnozę i terapię nieprawidłowo funkcjonujących, a co za tym idzie blokujących rozwój strategii funkcjonowania. Znając wzorce ruchowe, można stymulować rozwój dziecka w dziedzinie rozmaitych nabywanych umiejętności. To głównie zadanie opiekunów, po dobrym instruktażu terapeuty. Są to ruchy kołysania, podnoszenia do góry, przetaczania, podnoszenia i opuszczania (symulujące ruch spadania).

Do takich ćwiczeń należą ćwiczenia w wodzie, podczas kąpieli, chlapanie, polewanie rączek, ramionek, stymulowanie chlapania nóżkami. Masowanie ciała gąbkami o różnej fakturze, nazywanie masowanych części ciała. Należy stymulować dziecko do skupiania uwagi na jednym punkcie już od trzeciego miesiąca życia - ruchoma plamka światła na ścianie lub suficie, balonik przywiązany do łóżeczka lub wózka i dryfujący nad głową, w dalszym etapie karuzele z maskotkami i mata edukacyjna [Ostasik i wsp., 2003, ss. 41–49].

Najbardziej rozwiniętym zmysłem u niemowlaka jest dotyk. Ciepło rąk mamy nie tylko koi dolegliwości, ale daje poczucie radości, spokoju i bliskości. Masaż jest jak delikatna pieszczota. Masaż niemowlaka nazwany został techniką Shantala. Masaż pomaga w usuwaniu takich dolegliwości, jak kolki, zaparcia, trudności z zasypianiem, wspomaga krążenie i trawienie. Działa wyciszająco na układ nerwowy.

Masaż Shantala jest starożytną techniką masażu niemowląt oraz dzieci, wprowadzoną na europejski grunt i opisana w 1976 roku przez francuskiego położnika Frederique Leboyer. Leboyer spotkał w Kalkucie ubogą kobietę ze sparaliżowanymi nogami – Shantale (stąd nazwa techniki), która masowała swoje dziecko siedząc bezpośrednio na ziemi.

Stosując masaż, nie tylko buduje się więź emocjonalną z dzieckiem, ale dostarczasz mu dawkę bodźców sensorycznych, relaks i możliwość poznania swojego ciała. Wielką popularnością cieszy się w USA i Kanadzie. W Europie masowanie dzieci jest szczególnie popularne w Holandii, skąd praktyka ta została sprowadzona do Polski. Do masażu najlepiej przystąpić, gdy maluch jest wyspany i godzinę po jedzeniu. Przed masowaniem umyć i rozgrzać własne dłonie, nawilżyć je delikatną oliwką.

Bezpośredni kontakt dotykowy z matką stanowi dla niemowlęcia źródło doznań kinestetycznych oraz bodziec stymulujący rozwój układu nerwowego.

Zaspokojenie potrzeby kontaktu emocjonalnego, realizowane w pierwszym okresie, powinno być z jedną osobą – najczęściej matką, gwarantuje to dziecku poczucie bezpieczeństwa. Przywiązanie do kontaktu z matką pełni funkcję ochrony przed sytuacjami grożącymi jakimś niebezpieczeństwem, uwalnia od lęku przed nieznanymi osobami, przedmiotami i miejscami, przed ciemnością, zwierzętami oraz od lęku wywoływanego przez gwałtowne ruchy. Niespełnienie tej potrzeby pociąga za sobą wiele negatywnych skutków odczuwanych nie tylko bezpośrednio, ale i w przyszłości. Skutki

doraźne dotyczą nie tylko sfery emocjonalnej (przewaga emocji o znaku ujemnym, brak poczucia bezpieczeństwa, zachowanie w kontaktach z innymi ludźmi, ale również rozwoju intelektualnego, mowy, a nawet stanu fizycznego).



Masaż Shantala (źródło: Vakgroep Shantalamassage Docenten)

Tak więc wartości stanowiące istotny element masażu dziecka, takie jak zaufanie, miłość, współczucie, ciepło, otwartość czy szczerłość, będą z pewnością procentować w wieku dojrzałym. [[www.shantala.pl](http://www.shantala.pl)] (za zgodą Polskiej Szkoły Masażu Shantala).

Nasze dziecko rośnie, przybiera na wadze i tylko z niepokojem obserwujemy opóźnienie w jego fizyczności. Stymulacja psychoruchowa będzie polegała na tym, że jeżeli nie ma żadnych przeciwwskazań wynikających z ogólnego stanu zdrowia, to prowokujemy takie zachowania, jakich oczekujemy od prawidłowo rozwijającego się dziecka. W wieku 9 miesięcy, jeżeli nie siedzi, to sadzamy je bezpiecznie podtrzymując poduszkami.

W wózek, na spacerze wysoko podnosimy oparcie, aby siedziało i śledziło otoczenie. Wózek poruszamy się po różnym terenie, trawniku, z górki, pod górkę, pod drzewami i na otwartej przestrzeni, również po nierównościach np. kostka brukowa. To dostarcza dziecku różnych wrażeń, pozwala oswajać z lękami, adaptuje do zaskakujących sytuacji. W ćwiczeniach czworakowania wprowadzamy pozycje „na wałku”, na „pilce” oraz na hamaku.



Przykład ćwiczeń do stosowania w warunkach domowych, przygotowujących do czworakowania [Źródło: Metoda Bobath mamopedia.pl].

Zabawy stymulujące ruch, poznawanie swojego ciała, przestrzeni, kształtujące odruchy równowagi i koordynacji:

- Zawijanie dziecka w koc lub kołdrę i rozwijanie z turlaniem w obie strony – „naleśnik”. Szczotkowanie dłoni i przedramion różnymi pędzlami i szczotkami.
- Stymulacja wibracjami – urządzeniem do masażu.
- Grzebanie palcami w ryżu, grochu, makaronach (suchych).
- Wybieranie z miski jednego spośród różnego rodzaju pileczek, podając nazwę pileczki.
- Ściskanie pileczek rehabilitacyjnych o różnej fakturze, gładkie, z kolcami, wąsami, i różnej twardości.
- Pukanie rączkami w różne przedmioty, dotykanie przedmiotów o różnej temperaturze, oczywiście umiarkowanej.
- Symulowane podskoki po wspomaganym odbiciu od płaszczyzny sprężystej. To ćwiczenie wykonujemy trzymając dziecko pod paszki, nie trzymamy za rączki aby nie uszkodzić stawów rąk.
- Zabawy z balonikiem, odbijanie balonika od różnych części ciała dziecka; od rączki, brzucha, główki itd., nazywając części ciała.



- Zabawy z lekką piłką; turlanie z patrzeniem na ruchomy przedmiot, odbijanie od podłogi, aby leciała w stronę dziecka, podrzucanie, upuszczanie.
- Zabawy z piłkami i balonami (do balonów można wrzucić ziarna kawy, koraliiki itp. – będą spadać wolniej niż piłki i łatwiej je złapać).
- Zabawy „paluszkowe”: „jadą goście...”, „srocza kaszkę warzyła” itp.
- Pchanie i ciągnięcie różnych przedmiotów (pod nadzorem dorosłego), np. szuflady w meblach.
- „Wyciąganie” pościeli, ręczników, składanie koca.
- Kręcenie się na obrotowym krześle.
- „Kącik czisty” dla dzieci, namiot, pudło kartonowe, miejsce pod stołem.
- Place zabaw dla dzieci .

### Posumowanie

Nigdy nie należy porównywać zachowań swojego dziecka z innymi dziećmi, każdy maluch realizuje własny, swoisty program rozwojowy, który w każdej chwili może ulec spowolnieniu lub odwrotnie, przyspieszeniu. Zachowanie etapowości rozwojowej, choć bardzo zróżnicowane, jest objawem pozytywnym.

Nie należy przejmować się także wszystkimi normami cytowanymi w różnych czasopismach. To tylko teoretyczne modele wzorcowego rozwoju dziecka. To wzorce bardzo wyidealizowane. Wskazane jest zdanie się na interpretację pediatry. „Kamienie milowe” w rozwoju dziecka to postępy ruchowe, które pojawiają się, w przybliżeniu, w końcu kolejnych kwartałów pierwszego roku życia.

- Podnoszenie główki w leżeniu na brzuszku, ok. 3 miesiąca życia, maluch podpira się wówczas na przedramionach.
- Siedzenie, ok. 6 miesiąca życia; jeżeli nie siedzi samodzielnie można je trochę stymulować do siadu, np. zachęcając podawaną zabawką.
- Raczkowanie, ok. 9 miesiąca życia – dziecko nigdy nie zapomina tego rodzaju lokomocji.
- Dwunożna pozycja stojąca z podporem, jako akcent do chodzenia od 12 do 18 miesiąca życia.

### Bibliografia

Dennison Paul E. i Gail; *Integracja Mózgu - Wpływ integracji mózgu na osobowość i funkcjonowanie człowieka*, Wyd. Międzynarodowy Instytut NeuroKinezylogii, 2004.

Dennison Paul E. i Gail; *Kinezyjologia edukacyjna dla dzieci*, Wyd. Międzynarodowy Instytut NeuroKinezyjologii, 2003.

Franklin E.N., *Świadomość ciała. Wykorzystanie obrazów mentalnych w pedagogice ruchu*, Wyd. Kined, 2007.

Hannaford C., *Zmysłne ruchy które doskonalą umysł*, Wyd. MEDYK, 1995.

Ostasik W. i wsp., *Stymulacja ruchowa oraz wczesne usprawnianie wcześniaków w oddziale patologii noworodka*, „Rehabilitacja ruchowa” tom 7 nr 4, 2003, ss. 41–49.

Żelazkiewicz M., *Skuteczność wychowawcza innowacji w zajęciach pozalekcyjnych*, Wyd. Kraków, 1980.